

Головні зміни

➤ Законопроект №6327, що запроваджує принцип «Гроші ідуть за пацієнтом» прийнято Верховною Радою та очікує на підпис Президентом.

➤ Законопроект №7117 про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості прийнято

Верховною Радою та очікує на підпис Президента.

➤ Законопроект №7116 зі змінами до Бюджетного Кодексу прийнято Верховною Радою та очікує на підпис Президента.

➤ Закон №2002 (Автономізація медичних закладів) вступив в дію.

Ключові дати

➤ I квартал 2018
Підготовчий етап, автономізація ПМД

➤ II квартал
Приписна кампанія

➤ III квартал
Початок фінансування закладів ПМД за новою моделлю за контрактами з Національною службою здоров'я України

НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА СТІННІВКА



ДАЙДЖЕСТ



ЗМІН В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

MOZ.GOV.UA

ДВІЧІ НА МІСЯЦЬ В КОЖНІЙ ОРДИНАТОРСЬКІЙ

FB.COM/MOZ.UKR

№1, ГРУДЕНЬ 2017

Огляд змін

від в.о. Міністра охорони здоров'я
доктора Уляни Супрун

ДАНО СТАРТ МЕДРЕФОРМІ

Законопроект «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» прийнято Верховною Радою та підписано Президентом. Згідно з Законом зміни почнуться вже з 2018 року.

В Україні створюється Національна служба здоров'я України, яка буде оператором солідарної медичної системи страхування.

Послуги оплачуватимуться закладам охорони здоров'я напряму з бюджету — програма медичних гарантій зазначена в держ-бюджеті окремим рядком.

Саме така система діє у країнах Скандинавії, Великобританії, Іспанії, Польщі.

Для пацієнтів і лікарів це буде виглядати як звичайна медична страховка. Кожен рік буде відоме покриття — що саме оплачує держава.

Пацієнти самі обиратимуть заклади, куди вони звертатимуться за медичними послугами.

Медичні заклади одержуватимуть кошти за послуги, які вони фактично надали. Лікарі отримуватимуть в медичному закладі зарплату без тарифної сітки або матимуть свою приватну практику і доходи безпосередньо від НСЗУ.



Шановні медики!

Нам не вистачало прямої розмови з вами і ми вирішили це виправити.

Ми починаємо випускати національну медичну стіннівку. Будемо в ній розповідати про зміни в системі охорони здоров'я, важливий досвід громад та окремих закладів. І, звичайно, відповідати на ваші запитання.

Просимо вас роздрукувати цю стіннівку на звичайному принтері і повісити там, де у вас зазвичай збираються лікарі.

Надсилайте свої питання на адресу: digest@moz.gov.ua

Огляд змін: продовження

З 2018 — РЕФОРМА НА ПЕРВИНЦІ, З 2020-ГО — В УСІХ ЛІКАРНЯХ

У новій системі державні кошти будуть надходити безпосередньо на рахунки закладу або приватної практики, які надали послугу.

У 2018 році зберігається можливість фінансування первинної ланки через механізм медичної субвенції.

На вторинній і третинній ланці фінансування за старою моделлю триватиме до 2020 року. Під цей час нова модель буде відпрацьовуватись на пілотних проєктах.

ЄДИНІ ТАРИФИ

На рівні первинної допомоги кошти програми медичних гарантій будуть нараховуватися за кількість пацієнтів, які підписали «Декларацію про вибір лікаря з надання первинної допомоги» з конкретним лікарем.

У цьому випадку тариф (так звана «капітаційна ставка») залежатиме від віку пацієнта. Всього передбачено п'ять коефіцієнтів, для п'яти вікових груп.

Тарифи будуть єдині для всієї території України.

На первинній ланці послугою є комплексне ведення пацієнта протягом певного часу. Обсяг послуг для пацієнта буде описаний в «Порядку надання ПМД», який зараз готується до затвердження.

ПАЦІЄНТ ОБИРАТИМЕ ЛІКАРЯ

Пацієнт не обмежений місцем реєстрації чи проживання і зможе змінити лікаря в будь-який час. Від якості роботи та культури лікаря залежить, скільки пацієнтів його

оберуть і відповідно скільки грошей буде нараховано медичному закладу, в якому працює лікар, а відтак — і зарплата лікаря.

ПРЯМІ ДОГОВОРИ З НАЦІОНАЛЬНОЮ СЛУЖБОЮ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Договір медичний заклад або лікар-ФОП укладає безпосередньо з Національною службою здоров'я України. Це центральний орган виконавчої влади за статусом подібний до Міністерства.

НСЗУ не володітиме коштами, які виділяються з держбюджету на оплату послуг медичного обслуговування населення. Гроші зберігатимуться на казначейських рахунках. Національна служба здоров'я буде оператором, який контракуватиме закупівлю медичних послуг та укладатиме договори з медичними закладами і лікарями-ФОП.

НСЗУ контролюватиме дотримання умов договору. Контроль щодо лікарських помилок залишається за МОЗом.

МЕДЗАКЛАДИ РЕОРГАНІЗУЮТЬСЯ У НЕКОМЕРЦІЙНІ ПІДПРИЄМСТВА

Щоб підписати угоду з НСЗУ, медичні заклади певної території мають бути реорганізовані з бюджетних установ в комунальне некомерційне підприємство («автономізація»).

За Законом №2002 пільговий режим автономізації діє до кінця 2018 року.

Дохід працівників медичного закладу після автономізації не буде прив'язаний до тарифної сітки. Розмір доходу визначатиметься на контрактній основі.

Зарплата залежатиме від результатів переговорів лікаря та керівництва закладу — а вони від коштів, які лікар «приносить» медичному закладу, надаючи послуги самостійно чи разом з іншими медиками. Це дозволить закладу мати гнучкий штатний розклад.

Скасовується постатейне кошторисне фінансування, комунальне некомерційне підприємство саме вирішуватиме, на що витратити гроші. Заклад працюватиме з банком, а не казначейством, це спрощує та пришвидшує фінансові та бюрократичні процедури.

Також договір з НСЗУ зможе підписати лікар-ФОП. Необхідна умова для того, щоб НСЗУ підписала угоду із медичним закладом або ФОПом — відповідність таблицю технічного оснащення, та іншим стандартам, закріпленим законодавством.

ЕЛЕКТРОННА СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

В системі будуть зареєстровані всі медичні заклади, лікарі та пацієнти, договори із НСЗУ та декларації вибору лікаря..

На етапі підписання декларацій з лікарями в системі буде представлена первинна медична допомога: сімейні лікарі, терапевти та педіатри. Коли пацієнти укладатимуть декларації із обраними лікарями, вони реєструватимуть їх у системі. На базі цих даних НСЗУ буде оплачувати лікарю ведення пацієнтів.

СКАСУВАННЯ ПАПЕРОВОЇ ЗВІТНОСТІ

Наша перша ціль в розгортанні електронних інструментів — повне скасування паперової звітності для лікарів та переведення в електронний формат довідок та рецептів.

ЯК ЗАКЛАДИ БУДУТЬ ВХОДИТИ В РЕФОРМУ

Реорганізація медичного закладу у комунальне некомерційне підприємство



Підписання договору с НСЗУ, вхід в систему



Більше коштів за новими тарифами від НСЗУ

Реформування ПМД: досвід Балти

Деякі медичні заклади і Об'єднані територіальні громади за рівнем підготовки можуть починати впровадження медичної реформи, щойно всі законодавчі механізми будуть затверджені. Однією з таких прогресивних громад є Балтська ОТГ.

Балтська ОТГ, Одеська область

➤ Міське населення — одне місто
19 082 осіб 23 км² 825 осіб/км²

➤ Сільське населення — 27 сіл
14 069 осіб 831,6 км² 17 осіб/км²

На початку 2016 року в Балтській ОТГ створили Комунальну установу «Балтський центр первинної медико-санітарної допомоги». В його складі 4 амбулаторії та 16 фельдшерсько-акушерських пунктів. Зараз триває процедура реєстрації комунального некомерційного підприємства «Балтський ЦПМСД» у відділі юстиції Балтської міської ради.

СТРАХ КОМП'ЮТЕРИЗАЦІЇ ПЕРЕБІЛЬШЕНИЙ

У Центрі впровадили інформаційну медичну систему, яка об'єднує міську та три амбулаторії сімейної практики, що розміщені в найбільших селах громади. Планується підключення до єдиної мережі диспетчерської Балтського відділення швидкої допомоги та приймального відділення районної лікарні. За допомогою цієї програми можна зареєструвати пацієнта на прийом, внести дані про обстеження в електронну картку, роздрукувати для паперової картки пацієнта. Електронні картки дають можливість лікарям бачити повну картину перебігу хвороби пацієнта.



Сімейна медсестра Інна Поліщук працює в МІС



Коментує керівник відділу охорони здоров'я Балтської міської ради
Станіслав Чорний

«Старші за віком медики спочатку казали — якщо ви поставити комп'ютер, ми покинемо все і підемо. Але згодом виявилось, що вони дають фору і молодшим. Якщо лікаря не змусили, а він зрозумів, навіщо йому це треба, і сам побачив практичну користь від цього — то звісно, всі залишилися, жоден не звільнився. Щоденники, статистичні талони формуються автоматично. Всю медичну статистику бачать працівники інформаційно-аналітичного кабінету, керівництво та лікарі. Медична інформація, від паспортної частини до відвідувань, доступна лікарям в залежності від їх компетенції та потреб», — ділиться досвідом впровадження начальник відділу охорони здоров'я Балтської міської ради Станіслав Чорний.

Кожен лікар забезпечений комп'ютером, підключеним до інтернету, і принтером. Невдовзі запрацює call-центр, працівники якого записуватимуть на прийом і консультуватимуть пацієнтів.

ЛІКАРІ В МІСТІ — ОПЕРАТИВНИЙ КАДРОВИЙ РЕСУРС

4 вакансії сімейних лікарів є у Балтському центрі ПМСД. Загалом там працюють 140 людей .

«До цього часу ми справлялися, лікарі мають графіки виїзду в села, за потреби — приїжджають пацієнти. У частині випадків достатньо буде консультації телефоном. Прикладом, є амбулаторія, де лікар обслуговує три села, 2800 людей, все встигає. Вирішимо, можливо, ефективніше буде підсилити його виїздами лікаря з міста, який вестиме там прийом, ніж заводити туди ще одного молодого лікаря, який не зможе набрати собі достатню кількість пацієнтів для утримання медичної практики за рахунок капітаційної ставки», — пояснює Станіслав Чорний.

МІСЬКА РАДА ОПЛАЧУЄ ПРОЇЗД ДО ЦРЛ

У Балтській ОТГ пацієнти безоплатно добираються до центральної районної лікарні, маючи направлення сімейного лікаря або фахівця у долікарському кабінеті. Існує договір міської ради з перевізниками, за яким їм оплачують проїзд за талонами з місцевого бюджету. З'ясувалося, що коштів на це потрібно не так уже й багато.

Досвід Балти: продовження

За рахунок залишків минулого року і перевиконання бюджету в 2017 році Балтська ОТГ змогла додатково виділити на охорону здоров'я більше 3 млн грн.

Ці кошти пішли переважно на ремонт ФАПів і ЦПМСД в селах громади. Дві амбулаторії з трьох сільських, за оцінкою начальника відділу охорони здоров'я, облаштовані на 95% — вони мають, зокрема, індивідуальне опалення, водопостачання та каналізацію, відремонтоване житло для медпрацівника.

500 тисяч гривень виділяється два роки поспіль, переважно за рахунок коштів місцевого бюджету, на закупівлю ліків і медзасобів.

За програмою пройшли 5-денне безоплатне лікування у денному стаціонарі понад тисячу пацієнтів з гіпертонією, ішемічною хворобою серця і стенокардією.

Також на кошти громади закупили набори для онкологічного скрінінгу жінок, глюкометри і смужки для них, пульсоксиметри, холодильники для вакцин, обладнання та меблі.

ЛІКАРІ ПОЯСНЯЮТЬ СУТЬ РЕФОРМИ ПАЦІЄНТАМ

У рамках проекту USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії», напрямок «Впровадження реформи охорони здоров'я», Балтська ОТГ отримала консультацію з юридичних та фінансових питань.

Наразі медики Балтської ОТГ очікують на початок впровадження реформи, оскільки передбачають, що матимуть більше коштів, ніж із субвенцією. Лікарі добре обізнані із суттю змін, оскільки брали участь у тренінгах організованих ЮНІСЕФ, U-LEAD, Харківською експертною групою

підтримки медичної реформи. Тренінги також пройшли фінансисти та економісти. Нещодавно у рамках проекту USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії», провели презентацію реформи первинної ланки для медичної спільноти громади для 60 медиків.

Тепер медичні працівники громади готуються пояснювати майбутні зміни пацієнтам — на «Ярмарку сімейного здоров'я». Популяризуватимуть сімейну медицину, пояснять механізми програми «Доступні ліки» та підписання декларацій про вибір лікаря.

«Там, де керівник громади розуміє, що медицина має ключове значення, де є порозуміння керівника громади з медпрацівниками, менеджерами медичного закладу — все виходить. У мене є колеги, які із заздрістю дивляться на те, як у нас все відбувається, але самі сидять і вичікують, не розуміють реформу і не готуються до неї», — каже Станіслав Чорний.



Медики вважають мопеди більш зручним методом пересування, ніж автомобіль майже всюди в сільській місцевості.

Для пацієнта



До кожного випуску дайджесту ми додаємо спеціальну вкладку з корисною інформацією для пацієнта.

Рекомендуємо роздруковувати їх та розміщати на інформаційних дошках у ваших закладах.

У цьому випуску — інформаційна листівка «Як безкоштовно отримати інсулін?».

Завантажити: <http://qoo.by/3f5d>

Освіта

Хороша новина для лікарів: відкрито доступ до двох найбільших навчальних ресурсів Британського медичного журналу — «BMJ Best Practice» і «BMJ Learning» («Найкраща практика BMJ» та «Навчання з BMJ»).

Ця ініціатива безперервної професійної освіти покликана надати клініцистам та професійним працівникам сфери охорони здоров'я доказові онлайн-інструменти та ресурси для покращення рівня діагностики, лікування і заходів із захисту від інфекційних та неінфекційних захворювань.

На платформі BMJ працює система дистанційної медичної освіти по інтернету. Вчитися можна у зручний час. Ви зможете підвищити рівень діагностики, лікування і заходів із захисту від інфекційних та неінфекційних захворювань. По завершенні модулю ви отримаєте сертифікат.

Навчальну ініціативу для підвищення кваліфікації та професійної підготовки реалізовує Міністерство охорони здоров'я України за підтримки Британського медичного журналу (BMJ), визнаного в усьому світі дже-рела медичних знань.

Контактні дані координаторів (радників з інституційної адвокації BMJ) доступні в обласних управліннях охорони здоров'я. Також шукайте контакти за посиланням <http://qoo.by/3f0q>

Головним завданням радників є допомога медикам та професіоналам в охороні здоров'я в приєднанні до системи, а також демонстрація та збір відгуків для оцінки впливу продуктів BMJ для медичної практики.

До речі, ми продовжуємо шукати радників з інституційної адвокації.



Розповідає керівник програми BMJ в Україні Олена Новічкова enovichkova@bmj.com

Якщо доктор хоче стати радником у своєму закладі охорони здоров'я, то він повинен узгодити це питання з головним лікарем, який повідомить МОЗ про кандидатуру від закладу.

Заявку про кандидатів на посади радників з інституційної адвокації BMJ (обов'язково номер мобільного телефону та персональну електронну адресу) треба надіслати на електронні адреси: enovichkova@bmj.com, lidombrovska@gmail.com.

Питання—відповіді

1. ХТО МОЖЕ НАДАВАТИ ПОСЛУГИ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ?

Лікарем первинної ланки може бути сімейний лікар, педіатр або терапевт.

Лікарі первинної медичної допомоги можуть бути найманими працівниками в комунальних або приватних закладах первинної медичної допомоги.

У цьому випадку лікар домовляється про заробітну плату з адміністрацією закладу, відповідно до кількості пацієнтів, яких він задекларує. Тарифні сітки, що діють зараз, не будуть застосовуватися.

Також лікарі можуть стати фізичною особою-підприємцем (ФОП) та відкрити власну практику, або об'єднатися з іншими лікарями в спільну практику, щоб оптимізувати витрати.

Заклад первинної медичної допомоги може також заключати договір на надання послуг з лікарем-ФОП. У такому випадку частку своїх доходів лікар віддає закладу на адміністративні та інші витрати згідно домовленостей.

2. ЯКИЙ ДОХІД НА ПРАКТИКУ ОТРИМУВАТИМЕ ЛІКАР ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ?

Тариф на медичні послуги з надання первинної медичної допомоги складається з двох частин: ставки на оплату медичної послуги та ставки на оплату діагностичних послуг, у тому числі лабораторних досліджень.

У бюджетній резолюції, яка була ухвалена парламентом у липні 2017 року, закладена сума середнього тарифу у 370 гривень на рік. Стільки

в середньому отримувати лікар первинної ланки за кожного пацієнта.

При цьому середній тариф коливається в ту чи іншу сторону, залежно від різних факторів. Наприклад, за пенсіонерів у віці 65+, тариф буде майже вдвічі вищим за тариф для 30-річних чоловіків. Ще вищими будуть тарифи на маленьких дітей та немовлят.

Це означає, що лікар первинної ланки буде отримувати в рік близько 700 тисяч гривень на свою практику, якщо набере рекомендовну кількість пацієнтів у 2 тисячі осіб.

У бюджетній резолюції на 2019 закладена сума за кожного пацієнта в середньому по 450 гривень в рік.



Питання-відповіді: продовження

3. ЯКУ ЮРИДИЧНУ СИЛУ МАЮТЬ ДЕКЛАРАЦІЇ, ЯКІ ПАЦІЄНТ ПІДПISУЄ З ЛІКАРЕМ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ?

Підписуючи декларацію, пацієнт повідомляє Національній службі здоров'я України про вибір лікаря з надання первинної медичної допомоги.

Саме тому цей документ так і називається — Декларація про вибір лікаря з надання первинної медичної допомоги.

На основні цієї інформації, занесеної в реєстр, НСЗУ обчислює кошти, які за договором має отримати медична практика, до якої прикріпився пацієнт.

Підписання декларації — безоплатне. Для того, щоб змінити лікаря, пацієнт повинен підписати декларацію з іншим лікарем. Ці дані одразу заносяться в реєстр, і на їх підставі кошти за цього пацієнта з моменту припинення обслуговування більше не нараховуються попередньому закладу, і надходять новому.

4. З ЧОГО БУДЕ СКЛАДАТИСЯ КАПІТАЦІЙНА СТАВКА ЗА ПАЦІЄНТА?

Тариф складається з двох частин: ставки на оплату медичної послуги та ставки на оплату діагностичних послуг і лабораторних досліджень (згідно Порядку надання ПМД).

Ставка на послугу буде включати:

- роботу лікаря
- роботу медсестер
- роботу іншого персоналу
- витратні матеріали
- амортизацію обладнання
- адміністративні видатки тощо

5. ЯК РЕФОРМА ПЕРЕДБАЧАЄ УСУНЕННЯ КОРУПЦІЙНОЇ СКЛАДОВОЇ

ПРИ ПРАЦЕВЛАШТУВАННІ ДО МЕДЗАКЛАДУ?

Нова модель фінансування створює систему, де пацієнт голосує «гривнею» за лікарні з кращими лікарями, медичним персоналом, обладнанням.

Після впровадження реформи платити за послуги в рамках програми медичних гарантій буде держава. Більше фінансування отримають ті медичні заклади, які оберуть більше пацієнтів.

За таких умов лікарні будуть змагатися за кращих лікарів та медперсонал, пропонуючи більші зарплати та кращі умови роботи. Саме цей механізм системно прибере корупційну складову під час працевлаштування до комунальних медичних закладів.

6. ЧИ НЕ БУДЕ ГОЛОВНИЙ ЛІКАР ПРИ ШИРОКІЙ АВТОНОМІЇ БІЛЬШ СХИЛЬНИЙ ДО КОРУПЦІЇ?

Сьогодні медичні заклади працюють як бюджетні установи за радянськими нормами через вертикальне управління.

Завдяки Закону про автономізацію медичних закладів №2002, лікарні можуть бути перетворені у комунальні некомерційні підприємства.

Це дозволить їм вільно господарювати, підписувати контракти, оперувати коштами через банк

та встановлювати рівень заробітної плати без прив'язки до тарифної сітки.

Разом з тим Закон про державні фінансові гарантії надання медичних послуг змінює принцип фінансування медичних закладів.

Більше грошей отримає не той заклад, де більше ліжок-місць, а той, що надає більше якісних послуг. Змінюється роль керівника закладу — замість розподілу обмежених благ він починає залучати в заклад пацієнтів (а з ними і бюджети від НСЗУ).

Керівники лікарень будуть обиратися на відкритих конкурсах за участі громадськості та представників місцевої влади.

Контракт з керівником буде мати обмежений термін.

7. ДЖЕРЕЛО КОШТІВ НА СИСТЕМУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я — ПОДАТКИ ГРОМАДЯН. ЧИ ЗБІЛЬШАТЯ ВОНИ ДЛЯ ПРАЦЮЮЧИХ?

Додаткові цільові податки на охорону здоров'я вводяться не будуть. Ця модель не працює в країнах з великим обсягом тіньового сектору праці.

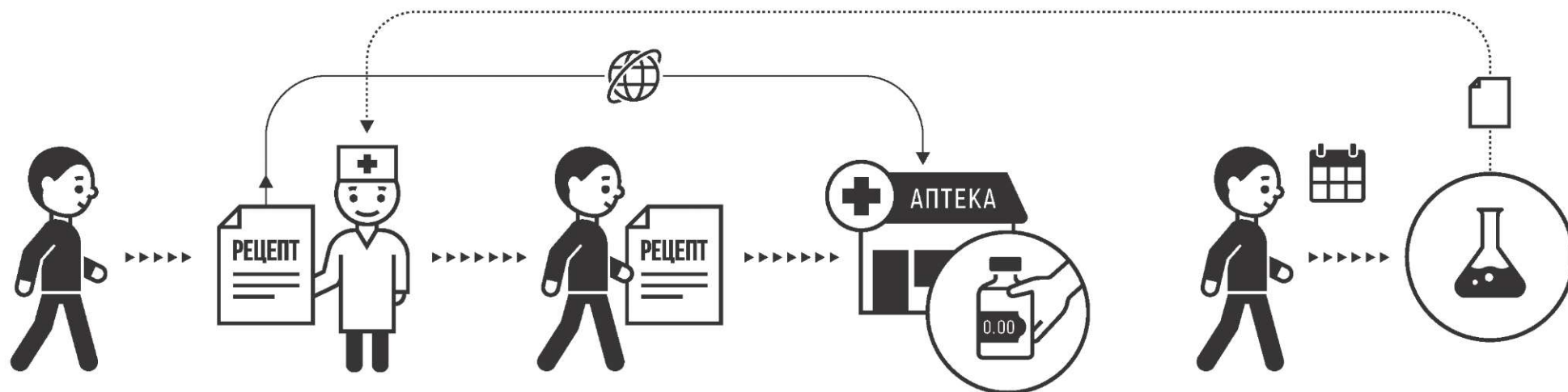
Система фінансується з загальних податків. ПДВ з покупок та акцизи на паливо платять всі, незалежно від статків та джерела доходів.

Надсилайте ваші питання

Чекаємо від вас питання, відповіді на які ви хочете бачити у Дайджесті медичної реформи. Будь ласка, додавайте до листа своє ім'я, спеціальність, назву закладу та фотографію — ми хочемо, щоб всі бачили, що у медичній спільноті є реальні обличчя.

Пишіть на digest@moz.gov.ua

Як безкоштовно отримати інсулін?



1. Пацієнт приходить до лікаря.

2. Лікар виписує паперовий та електронний рецепти.

Рецепти виписуються згідно з реєстром пацієнтів, що потребують інсулінотерапії, який ведеться МОЗ України, на рецептурних бланках форми №1.

3. Пацієнт із рецептом звертається до визначеної аптеки.

Структурні підрозділи з питань охорони здоров'я визначають перелік аптек відповідно до укладених договорів. Дізнатися про них можна в лікувальному закладі за місцем проживання.

4. Аптека видає інсулін безкоштовно або з доплатою.

Пацієнтам, яким інсулін призначено вперше та в яких немає медичних показань до призначення інсулінів у картриджі або інсулінових аналогів, але які наполягають на отриманні саме цих видів інсуліну, буде запропоновано доплатити певну суму грошей (співплатіж).

5. Пацієнт здає аналіз HbA1c двічі на рік і звертається з результатами до лікаря, щоб надалі отримувати інші форми інсуліну безкоштовно.

Якщо рівень глікованого гемоглобіну менший за 7,5% (у перший рік пілотного проекту допускають рівень, не вищий за 8%), через 1 рік лікування пацієнта почнуть забезпечувати препаратами інсуліну (картридж, шприц-ручка, аналог інсуліну) безкоштовно.